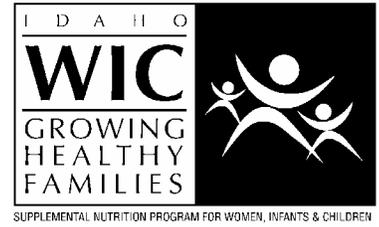


# Solicitud para WIC

FORMA NO: 101S (09/04)



FECHA DE SOLICITUD: _____
FECHA DE CITA: _____

**Por favor complete ambos lados de esta solicitud.**

<b>Adulto Responsable</b>	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	APELLIDO DE SOLTERA (si lo tiene)		
<b>Dirección Física</b>	CALLE		CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
<b>Dirección de Correo (si es diferente)</b>	CALLE		CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
<b>Teléfono</b>	DE LA CASA			DEL TRABAJO O PARA DEJAR MENSAJES		

**Anote a todas las personas que están solicitando los servicios de WIC. En el espacio para el nombre incluya las fechas de parto de niños por nacer.**

(La información sobre la etnicidad, el sexo y la raza se usan sólo para estadísticas. No se usan para determinar elegibilidad.)

## PARA EL USO DE WIC

NOMBRE LEGAL PRIMER NOMBRE 2º. NOMBRE APELLIDO			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL/SEXO/ETNICIDAD	RAZA (marque todas las que aplican)	NÚM. DE IDENT. F _____
_____ Fecha de Nacimiento _____			Número de Seguro Social _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Blanco	
_____ Fecha de Nacimiento _____			Número de Seguro Social _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Blanco	
_____ Fecha de Nacimiento _____			Número de Seguro Social _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Blanco	
_____ Fecha de Nacimiento _____			Número de Seguro Social _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Blanco	
_____ Fecha de Nacimiento _____			Número de Seguro Social _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Blanco	

**Más al reverso**

¿Cuántas personas viven en su casa (incluya niños que están por nacer)? \_\_\_\_\_

¿Hay alguien en su casa que está recibiendo Cupones de Alimentos, TAFI, Medicaid o CHIP?  no  sí

¿Hay alguien en su casa que es un trabajador campesino migrante?  no  sí

¿Cómo supo del programa WIC?

FF  Familia o amigos

MD  Oficina del Doctor

PH  Escuela HD  Departamento de Salud

IH  Servicios de Salud para Indígenas

HW  Salud y Bienestar

OT  Otro \_\_\_\_\_

SE  Yo he estado en WIC antes.

¿En dónde ha estado en WIC antes? \_\_\_\_\_

**Por favor lea las declaraciones siguientes y firme para indicar que entiende y que está de acuerdo en seguir estas condiciones si se determina que usted y sus hijos son elegibles para participar en el Programa WIC de Idaho.**

- **Toda la información que he provisto es correcta** y el personal de WIC puede verificar la información. Puedo ser enjuiciado bajo la ley y puedo tener que pagar lo que he recibido si intencionalmente miento o retengo la verdad.
- **Yo puedo recibir beneficios de WIC de una sola oficina a la vez.**
- **Tengo el derecho de apelar las decisiones de elegibilidad** solicitando una audiencia justa dentro de 60 días.
- **Autorizo que me tomen la estatura y el peso y que se haga la prueba de sangre** para la anemia para mí y mi hijo. Esto se hace para establecer la necesidad nutricional para el programa WIC.
- **Autorizo al programa WIC de compartir** la información sobre la elegibilidad (tal como el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento) mía y de mis hijos nombrados en este formulario con los patrocinadores de WIC locales, estatales y federales. Esta información será usada para recibir servicios de WIC y para referir a otros servicios apropiados del Departamento de Salud y Bienestar.
- **Autorizo al programa WIC de usar** información sobre la salud y de elegibilidad para recibir servicios de WIC y para evaluar la efectividad del programa, y supervisar y examinar el programa. Yo libero a estas agencias de cualquier responsabilidad relacionada a la liberación de información que he autorizado que sea liberada.
- **Yo puedo revisar mi expediente** y tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito a cualquier hora.

×

\_\_\_\_\_  
**Firma del Adulto Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar a causa de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. (No todas las causas prohibidas aplican a todos los programas.) Para registrar una queja de discriminación, escríbale al Director de USDA, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC, 20250-9410 ó llame al (702) 720-5964 (voz y TDD).

**ESTA SECCIÓN ES PARA EL USO DEL PERSONAL DE WIC SOLAMENTE**

IDENTIFICACIÓN	ELEGIBLE POR INGRESOS	FUENTE DE INGRESO (empleador)	Cantidad	**	Subtotal
<input type="checkbox"/> visual	<input type="checkbox"/> TAFI-MA-FS-CHIP	1. _____	\$ _____	_____	\$ _____
<input type="checkbox"/> otro _____	<input type="checkbox"/> talón de cheques <input type="checkbox"/> W-2	2. _____	\$ _____	_____	\$ _____
	<input type="checkbox"/> desempleo	3. _____	\$ _____	_____	\$ _____
	<input type="checkbox"/> otro _____				
	<b>**CONVERSIÓN DE INGRESOS MENSUAL</b>	<b>Tamaño del hogar:</b> _____	<b>Ingreso mensual bruto \$ _____</b>		
<b>ELEGIBILIDAD DE RESIDENCIA</b>	Semanal x 4.3	¿Existe otro ingreso (horas extra, propinas, bonos, sostenimiento para los niños, SSI)?			
<input type="checkbox"/> licencia de manejar	Quincena (cada 2 semanas) x 2.15				
<input type="checkbox"/> empresa pública	Dos veces por mes x 2				
<input type="checkbox"/> carta	Cada trimestre ÷ 3				
<input type="checkbox"/> otro _____	Por hora (pago x hrs/sem) x 4.3				
<b>COMPROBANTE DE EMBARAZO</b>		<b>Firma del Personal y Fecha</b>			
<input type="checkbox"/> por escrito <input type="checkbox"/> visual					